Aus dem Hygienischen Institut der Universität Marburg
(Direktor: Professor Dr. W. Pfannenstiel)

Die Schulzahnpflege in Grimma

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität zu Marburg

vorgelegt von

Werner Haberland
approb. Zahnarzt
Oels (Schlesien)

Marburg/Lahn – 1936

Druck von R. Nischkowsky, Breslau

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg
am 8. 12. 1936.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Professor Dr. W. Pfannenstiel.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554421_0137

Das nationalsozialistische Deutschland hat sich zur Hauptaufgabe gemacht, dafür Sorge zu tragen, daß unsere Jugend an Geist und Körper gesund heranwächst, damit sie den Kampf um die Erhaltung der Familie und des Volkes aufnehmen und bestehen kann.

Der völkische Staat hat das Kind zum kostbarsten Gut eines Volkes zu erklären, seine Sorge gehört mehr dem Kinde als dem Erwachsenen.

Der völkische Staat hat seine gesamte Erziehungsarbeit in erster Linie nicht auf das Einpumpen bloßen Wissens einzustellen, sondern auf das Heranzüchten kerngesunder Körper.

Die körperliche Ertüchtigung ist im völkischen Staat nicht eine Sache des Einzelnen, auch nicht eine Angelegenheit, die in erster Linie die Eltern angeht und die erst in zweiter und dritter Linie die Allgemeinheit interessiert, sondern eine Forderung der Selbsterhaltung des durch den Staat vertretenen ungeschützten Volkstums. So wie der Staat, was die rein wissenschaftliche Ausbildung betrifft, schon heute in das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen eingreift und ihm gegenüber das Recht der Gesamtheit wahrnimmt, indem er, ohne Befragung des Wollens oder Nichtwollens der Eltern, das Kind dem Schulzwang unterwirft, so muß in noch viel höherem Maße der völkische Staat seine Autorität durchsetzen gegenüber der Unkenntnis oder dem Unverständnis des Einzelnen in den Fragen der Erhaltung des Volkstums. Er hat seine Erziehungsarbeit so einzuteilen, daß die jungen Körper schon in ihrer frühesten Kindheit zweckentsprechend behandelt werden und die notwendige Stählung für das spätere Leben erhalten. (Adolf Hitler: „Mein Kampf".)

Es steht daher außer jedem Zweifel, daß ein Staat, der sich in so großem Maße für die körperliche Ertüchtigung des Volkes einsetzt, an einem Problem, wie es die Volksseuche Zahnkaries darstellt, nicht achtlos vorübergeht.

Wenn Adolf Hitler weiter sagt, daß die Pflege und Erziehungsarbeit schon bei der jungen Mutter einzusetzen hat, so ist dies auch meines Erachtens der Zeitpunkt, an dem die Schulzahnpflege zu beginnen hat. Warum gerade zu dieser Zeit? Die Bildung des Milchgebisses erfolgt intrauterin. Es ist bekannt, daß gut verkalkte Zähne seltener an Karies erkranken. Daher muß versucht werden, eine möglichst gute und gleichmäßige Verkalkung der Zähne zu erzielen und in diesem Sinne auf die Zahnanlage einzuwirken.

In der Erkenntnis, daß die Karies auch Ausgangspunkt zahlreicher Allgemeinerkrankungen sein kann, hat es sich die Schul-

zahnpflege zur Aufgabe gemacht, zur Gesunderhaltung des Mundes und der Zähne und damit auch zur Förderung der Gesundheit überhaupt, die Zahnverderbnis zu verhüten und zu bekämpfen.

Als gegen Ende des vorigen Jahrhunderts erstmalig Reihenuntersuchungen in verschiedenen Schulen Deutschlands durchgeführt wurden, ergab sich die erschreckende Tatsache, daß im Durchschnitt 95% der Schulkinder an Zahnkaries litten. Es ist nicht verwunderlich, wenn daraufhin eine Anzahl Stimmen laut wurden, die energisch die Einführung der Schulzahnpflege forderten. 1909 erfolgte dann die Gründung des Zentral-Komitees für Zahnpflege in den Schulen, dessen Aufgabe darin bestand, Staat, Kommune, Ärzte, Zahnärzte, Lehrer und Eltern für die Schulzahnpflege zu interessieren und sie zur Mitarbeit heranzuziehen.

Wie notwendig dies ist, beweist eine Rundfrage, durch die festgestellt wurde, daß über die Hälfte der deutschen Schulkinder keine eigene Zahnbürste besitzen und 15% diese mit Vater, Mutter, Bruder und Schwester gemeinsam benutzen. Deswegen ist es auch gar nicht verwunderlich, daß die reichsgesetzliche Krankenversicherung 1929 über 95 Millionen Mark für Zahnbehandlung ausgeben mußte.

Welche Vermögenswerte durch die Schulzahnpflege gespart werden können, zeigt folgendes Beispiel. Als vor einiger Zeit ein Industrieunternehmen seine Lehrlinge auf den Zustand ihrer Gebisse untersuchen ließ, ergab sich folgender Befund:

Von den 558 Lehrlingen hatten nur
42 = 7,5% keine Behandlung nötig, während
516 = 92,5% behandelt werden mußten. Bei
438 = 78,7% waren Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen usw. nötig, während
78 = 13,8% sogar künstlichen Zahnersatz haben mußten.

Die Gesamtkosten für diese Behandlung beliefen sich auf etwa 32 000 Mark. Für jeden Lehrling mußten also durchschnittlich 57,30 RM. aufgewendet werden, um das Gebiß vollständig zu sanieren. Stellen wir diesem Beispiel das Ergebnis einer planmäßigen Schulzahnpflege einer mittelgroßen Stadt mit Versorgung aller acht Jahrgänge der Volksschulen gegenüber: Von ca. 11 000 planmäßig versorgten Volksschülern mußten in einem Jahr 60% behandelt werden.

Der größte Teil von Behandlungen bestand in konservierenden Maßnahmen. Bei 3,3% waren Wurzelbehandlungen an bleibenden Zähnen nötig, bei 1,7% Extraktionen bleibender Zähne wegen Zahnfäule, Zahnersatz nur in den verschwindend wenigen Fällen, wo durch Trauma ein Zahn verloren gegangen war.

Die Gesamtkosten für diese Behandlungen von 11 000 Schülern beliefen sich in einem Jahr auf 22 000 RM.

Für ein planmäßig versorgtes Kind müssen also durchschnittlich jährlich 2,— RM. aufgewendet werden, um das Gebiß vollständig zu sanieren. Der Kostenaufwand für die systematische Behandlung eines Patienten während der ganzen acht Volksschuljahre beträgt also $8 \times 2 = 16$,— RM. Dem 57,30 RM. durchschnittlichen Kostenaufwand, um die einmalige Sanierung eines der Lehrlinge zu erreichen, steht aber gegenüber der durchschnittliche Kostenaufwand von 16,— RM., der es gestattet, einen Volksschüler während der ganzen Schulzeit zu überwachen und zu sanieren. Der Betrag, mit dem ein einziges vernachlässigtes Gebiß saniert wurde, hätte ausgereicht, die Gebisse von 3,5 Kindern während einer Zeit von acht Jahren gesund zu erhalten.

Dieses Beispiel zeigt augenfällig die Bedeutung einer planmäßigen Schulzahnpflege für die Volkswirtschaft. Die volkswirtschaftliche Bedeutung muß jedoch noch von einem anderen Gesichtspunkte aus gesehen werden. Ist ein schadhaftes Gebiß vorhanden, so kann es nicht in dem Maße wie ein völlig intaktes Gebiß die Nahrung zerkleinern und ausnützen. Der dadurch bedingte Ausfall an Nährwerten kann zwar einen Ausgleich erfahren durch eine erhöhte Zuführung von Nahrungsstoffen. Daraus folgt ein erheblicher Mehrverbrauch an Nahrungsmitteln und dies stellt immerhin eine bedeutende Belastung des Volksvermögens dar.

Durch Beschluß des Gesundheitsausschusses des Bezirksverbandes der Amtshauptmannschaft zu Grimma wurde mit dem Schuljahr 1929/30 die hauptamtliche Schulzahnpflege eingeführt. Diese hatte sich zum Ziel gesetzt: Die Kinder sollen die Schule mit gepflegtem Gebiß und an eine regelmäßige Zahnpflege gewöhnt verlassen. Die Untersuchung und Behandlung geschieht kostenlos und wird durch den Bezirksschulzahnarzt ausgeführt. Sie findet während der Unterrichtszeit statt.

Ehe dieser Beschluß durchgeführt werden konnte, waren umfangreiche Vorarbeiten nötig. Zunächst mußte einmal die Größe des zu betreuenden Bezirkes sowie dessen Einwohnerzahl festgestellt werden. Daraus kann man die Bevölkerungsdichte errechnen, die ja eine grundlegende Bedeutung für die Einführung einer planmäßigen Schulzahnpflege hat. Dabei ergab sich, daß die Amtshauptmannschaft Grimma ein Gebiet von 838,09 qkm mit 96 331 Einwohnern umfaßt (siehe Karte). Eine angestellte Erhebung über die Zahl der Schüler von den Jahren 1928/29 brachte das Ergebnis, daß mit ungefähr 11 000 Kindern in 83 Schulen zu rechnen war. Die Anzahl der Schüler in den verschiedenen Schulen schwankte zwischen 20 bis 500, wobei etwa zwei Drittel (51) der Schulen weniger als 100 Kinder zählen. Stellen wir nun einen Vergleich zu anderen Amtshauptmannschaften Sachsens an, so können wir ersehen, daß Grimma die am wenigsten dicht bevölkerte Amtshauptmannschaft ist.

Amtshauptmannschaft	Einwohner	Schüler	Schulen	Ärzte	Versorgungsart	Personen je Zahnarzt	Größe zu Grimma	Einw. auf 1 qkm
Dresden	168 000	22 000	72	2	11 Stationen	3000	2 : 3	1320
Schwarzenberg	130 500	15 000	54	2	2 Ambul. 2 Stat.	4000	2 : 3	260
Annaberg	110 821	12 000	?	1	?	3-4000	1 : 2	254
Grimma	96 001	11 000	83	1	—	—	1 : 1	115
Stollberg	80 000	11 000	30	1	4 Stat.	3000	1 : 4,5	432

Zu bemerken ist ferner, daß der Bezirk Grimma einen fast ausgesprochenen Landkreis darstellt und dementsprechend die Nachteile eines solchen aufweist: weniger dichte Besiedlung und große Entfernungen. Daher war es notwendig, einen günstigen Organisationsplan aufzustellen, um der Schulzahnpflege einen dauernden Wert zu sichern.

Da die Schulzahnpflege in hiesigem Bezirk verhältnismäßig spät eingeführt wurde, brauchte man keine großen Experimente wagen. Die gesamte Schulzahnpflege hatte bis dahin schon eine gewisse Entwicklung durchgemacht; man konnte sich also nach einem erprobten und bewährten Muster umsehen.

Nach dem Bonner System wird mit dem jeweils niedrigsten Jahrgang, zweites (bzw. erstes) Schuljahr ohne Berücksichtigung der älteren Jahrgänge begonnen. Daraus ergibt sich, daß innerhalb von acht Jahren die ganze Schülerschaft erfaßt wird.

Dabei ist folgendem weiteren Gesichtspunkt Geltung zu verschaffen: die Zahnpflege muß im Interesse rationeller Arbeit zu den Kindern selber hingetragen werden, d. h. Untersuchung und Behandlung der Kinder soll möglichst in den Schulen selbst oder in deren unmittelbarer Nähe stattfinden. Es ist klar, daß die Behandlung in den Schulen selbst etwas für sich hat. Einmal kann man Untersuchung und Behandlung in die Unterrichtszeit legen. Dies hat den Vorteil, daß die Schüler die Schulzahnpflege als eine Art Unterrichtsfach ansehen und sich daraus für die Schüler eine gewisse Zwangsläufigkeit ergibt. Wollte man etwa die Schulzahnpflege auf die freien Nachmittage legen, so wäre dies recht unvorteilhaft, da erstens die Kinder selber kein Vergnügen zeigen würden, andererseits würde oft die Begleitung zur Behandlungsstätte fehlen. Daraus folgt, daß ein großer Teil der Kinder in die Schulzahnpflege nicht einbezogen werden könnte.

In Grimma sollten nur die Volksschüler kostenlos ohne Rücksicht auf irgendwelche Bedürftigkeit versorgt werden.

Die Versorgung selber kann auf verschiedene Arten erfolgen. Bei der sogenannten Dezentralisation sind über den ganzen Bezirk gleichmäßig feste Stationen verteilt, die von den

Kindern bequem zu erreichen sind. Diese Art hat im Landbezirk Dresden Eingang gefunden. Hier sind über den ganzen Bezirk an gewissen Verkehrsmittelpunkten 11 Schulzahnkliniken errichtet worden. Wollte man diese Einrichtung auch im Landbezirk Grimma einführen, so würde dies auf zahlreiche Widerstände stoßen. Um den Bezirk einwandfrei versorgen zu können, müßten gegen 10 Stationen errichtet werden, um den Kindern einigermaßen erträgliche Entfernungen zu schaffen, wenn man die weiteste Entfernung mit 5 km bemißt. Dies würde schon an den hohen Anschaffungskosten (30 bis 40 000 RM.) scheitern. Außerdem steht für den Bezirk Grimma nur ein Schulzahnarzt zur Verfügung. Es wäre für ihn ungemein schwer, alle zehn Stationen wöchentlich einmal zu besuchen. Anders ist es im Landbezirk Dresden, wo jetzt drei Schuzahnärzte zur Verfügung stehen, von denen jeder einen bestimmten Schulzahnarztbezirk mit durchschnittlich vier Kliniken (5000 Kinder) zu versorgen hat.

Zu bedenken wäre eine andere Versorgungsart. Man unterteilt den Bezirk in vier Teile und errichtet in einem ungefähr zentral gelegenen Ort je eine Station, wie vielleicht in Wurzen, Brandis, Grimma, Colditz (siehe Karte). Für den Bezirksschulzahnarzt besteht nunmehr die Möglichkeit, diese vier Kliniken in der Woche zweimal zu besuchen. Jedoch würden bei dieser Methode für die Kinder zu weite Entfernungen entstehen. Deswegen müßte ein größerer Wagen zum Heran- und Wegbringen der Kinder angeschafft werden.

Bei der Zentralisation wird eine Zentralklinik unterhalten und daneben eine bewegliche Klinik. Diese kann bestehen in Form eines größeren Wagens (Bonn), in dem ein vollständig eingerichtetes Sprechzimmer untergebracht ist oder in Form eines kleinen Wagens (Schwarzenberg), wo das gesamte Instrumentarium in Koffern transportiert wird.

Nach den vorangegangenen Erwägungen ist für den Bezirk Grimma die Schulzahnpflege nach dem Schwarzenberger Muster eingeführt worden. Es hat sich jedoch als notwendig erwiesen, mehere Schulen zu einem Versorgungskreis zusammenzuschließen, da eine große Anzahl Schulen nur eine sehr geringe Schülerzahl aufweist. Der Zusammenschluß ist jedoch mit Rücksicht auf die Raumnot in den Schulen selbst so gelegt, daß die Behandlung in einer solchen Kreisen zentral gelegenen Behandlungsstätte stattfinden kann. Die sich lang hinziehende Ausdehnung der Amtshauptmannschaft Grimma hat es mit sich gebracht, daß eine feste Zentrale in Grimma eingerichtet wurde (und zwar die Hauptzentrale in Grimma selbst und eine Nebenzentrale). Daneben wird in Colditz regelmäßig an zwei Nachmittagen in der Woche Sprechstunde abgehalten. Die feste Zentrale hat außerdem den Vorteil, daß hier auch größere Eingriffe, die höhere aseptische und antiseptische Forderungen stellen, vorgenommen werden können.

Leider mußte Wurzen als Sitz einer dritten Zentrale unberücksichtigt bleiben, da es eine bezirksfreie Stadt ist. Es wäre aber nur zu begrüßen, wenn auch hier eine Zentrale errichtet werden könnte mit dem Sitz eines zweiten Schulzahnarztes. So könnte der ganze Bezirk in einen Nord- und Südbezirk unterteilt werden.

Neben der Zentrale war die Anschaffung eines Ambulatoriums notwendig. Dadurch werden diejenigen Kreise der Schulen erfaßt, die von den beiden Zentralen aus nicht versorgt werden können. Das Ambulatorium nach Schwarzenberger Muster ist bequem in Koffern untergebracht und leicht transportabel. Die Aufstellung dieser fahrbaren Einrichtung ist überall möglich, da sie nur einen geringen Raum beansprucht. Die Verfrachtung kann mit einem Kleinwagen von 4 bis 6 PS Leistung geschehen, was den Schulzahnarzt in den Stand setzt, selbst zu chauffieren.

Die hiesgie Schulzahnpflege ist von klimatischen Einflüssen völlig unabhängig, da die Behandlung jedesmal in einem geschlossenen Raum stattfindet, im Gegensatz zum Bonner Muster, wo die Behandlung im Wagen stattfindet.

In der Hauptzentrale Grimma laufen sämtliche Fäden zusammen. Hier ist eine Kartothek über die Leistungen am einzelnen Kind angelegt. Außerdem werden hier die Kinder der Schulen Grimma, Hohnstädt, Beiersdorf und Großbardau behandelt.

Die Behandlung sollte derart geregelt werden, wie es in nachfolgendem Stundenplan zum Ausdruck kommt:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonnabend
8—12 Amb. Beh. Westbez.	8—12 Amb. Beh. Ostbez.	8—½11 Amb. Beh. im Bez.	8—12 Amb Beh. Westbez.	8—12 Amb. Beh. Ostbez.	8—½11 Untersuch.
		11—14 Sprechst. i. Colditz			11—13 Grimma bes. Fälle Büroarbeit
14. 30—17 Sprechst. i. Grimma.	14. 30—17 Sprechst. i. Grimma.		14. 30—17 Sprechst. i. Grimma.	14. 30—17 Sprechst. i. Grimma.	

Durch die Mulde ist der Bezirk in eine östliche und westliche Hälfte mit ungefähr gleich großer Bevölkerungszahl geteilt. Danach ist eine allgemeingültige Reihenfolge der Behandlung vorgesehen. Leider ist die Ferienanordnung sehr verschieden, sodaß diesem Umstand weitgehend Rechnung getragen werden mußte.

Bezirk: A) westl. Hälfte:			Bezirk: B) östliche Hälfte:	
Püchau	145	April	Nischwitz	104
			Thallwitz - Wasewitz	177
Deuben			Röcknitz - Böhlitz	220
Bennewitz Altenbach	538	Mai	Hohburg - Zschepa - Lüptitz - Müglenz	393
Seifertshain			Falkenhain -	
Kleinpösna-Fuchshain	164	Juni	Thammenhain	203
Naunhof			Börln - Knatewitz	184
- Eicha - Ammelshain - Klinga	537	Juli August		
Beucha		Sept.	Mutzschen - Wetteritz	
			Trebsen - Altenhain	290
Brandis		Okt.	Seelingstädt - Pausitz	
			Nitzschka - Neichen	793
Machern - Gerichshain - Polenz	1114	Nov.	Dornreichen - bach - Kühnitzsch - Körlitz	171
Threna - Köhra -			Burkartshain -	
Belgershain	208	Dez.	Kühren - Nemt	269
Pomßen - Grethen -			Sachsendorf -	
Großsteinberg - Otterwisch	415	Jan.	Fremdiswalde	135
Großbothen -			Cannewitz	421
Kössern	310	Febr.		
Schkortitz -			Döben - Golzern	306
Höfgen-Zeunitz			Ragewitz	104
Maaschwitz -		März		
Collmen	220			

Bezirk: C.)				Bezirk: D) Grimma	
1. Glasten - Kleinbardau - Ballendorf	133	+Colditz ca.	600	u. Umgegend.	
2. Kleinsermuth - Leisenau-Schönbach	211	1. Hohnbach	100	1. Großbardau	77
3. Erlbach - Bockwitz - Koltzschen	135	2. Hausdorf	100	2. Beiersdorf	65
4. Lastau	79	3. Zschirla	68	3. Hohnstädt	245
5. Schwarzbach	84	4. Commichau	44	4. Grimma Stadt	1500

Für den Südbezirk Colditz und dessen Umgebung war der Behandlungsplan so vorgesehen, daß am Mittwoch vormittag ambulante Behandlung in dem umliegenden Bezirk stattfindet, und danach Sprechstunde in Colditz selbst abgehalten wird. Diese Regelung hat sich als zweckmäßig erwiesen, weil der Bezirk seiner kleinen Ausdehnung wegen leichter zu erfassen ist.

Die Versorgung der Kinder erfolgt in zwei Abschnitten:

a) Untersuchung,

b) Behandlung.

Durch die Untersuchung wird festgestellt, in welchem Zustande sich die Gebisse der Kinder befinden.

Untersucht werden zunächst alle Jahrgänge. Auf Grund des Untersuchungsergebnisses werden die Kinder in drei Gruppen eingeteilt.

Gruppe I = tadelloses Gebiß (bedarf keiner Behandlung).

Gruppe II = nur schadhafte Milchzähne ohne besondere Gefahr für das bleibende Gebiß (Behandlung nicht unbedingt notwendig).

Gruppe III = schadhafte Dauerzähne (sofortige Behandlung notwendig).

Die Untersuchung des Jahres 1929/30 zeitigte folgendes Ergebnis:

Schuljahr	Knaben			Mädchen			Gesamt	fehlten	Behandlgs.-bedürftig -III in %
	I	II	III	I	II	III			
1.	107	530	154	103	480	201	1575	71	22,5
2.	111	512	279	98	409	322	1731	61	43,1
3.	120	454	357	101	333	412	1777	65	43,8
4.	110	346	384	107	294	486	1727	78	50,4
5.	67	130	204	67	71	206	745	28	55,0
6.	68	43	186	112	36	218	663	19	60,9
7.	92	27	191	136	24	182	652	13	67,2
8.	131	19	224	139	16	222	751	29	59,3
Hilfsklassen	10	11	31	3	8	24	87	10	63,2
									Durchschn.
Gesamt	816	2072	2010	866	1671	2273	9708	374	49,6

Betrachtet man die Tabelle, so kommt man zu der Feststellung, daß gegen 50% der Kinder eine sofortige Behandlung nötig haben; ein Ergebnis, das am besten veranschaulicht, wie notwendig sich die Behandlung gerade während der Schulzeit erweist. Andererseits machen wir die erschreckende Feststellung, daß während einer achtjährigen Schulzeit die Behandlungs-

bedürftigkeit der Kinder bis auf das Zweieinhalbfache ansteigt. Besser kann eigentlich die Notwendigkeit der Schulzahnpflege nicht bewiesen werden. Die Schulzeit ist der wichtigste Abschnitt der Entwicklung eines jeden Kindes. Darum hat gerade hier eine geordnete Pflege der Zähne sowie eine frühe Behandlung einzusetzen, damit jeglicher Verlust vermieden werden kann. Nur so kann der Gesundheit des menschlichen Organismus und aller seiner Teile gedient werden.

Bei den Kindern des ersten Schuljahrganges werden immer die geringsten Schäden vorhanden sein, weil in diesem Alter nur wenige bleibende Zähne durchgebrochen sind und diese meist nur einen geringen Schaden aufweisen. Deswegen ist es klar, daß bei diesem Jahrgang zuerst die Behandlung zu beginnen hat, weil durch die geringe Zahl der behandlungsbedürftigen Kinder der größte Erfolg erwartet werden kann.

Wenn nun von diesem Jahrgang der Aufbau erfolgt, wie es die planmäßige Schulzahnpflege vorsieht, also wenn im ersten Behandlungsjahre der erste Jahrgang planmäßig behandelt wird, im zweiten Behandlungsjahr wieder der erste Jahrgang und der zweite weiter in Behandlung bleibt, so kann ein Erfolg nicht ausbleiben. Dann wird das erreicht werden, was das Ziel der Schulzahnpflege überhaupt ist, die Kinder mit einwandfreiem Dauergebiß aus der Schule zu entlassen.

In hiesigem Bezirk wurde außer dem ersten Jahrgang noch der achte planmäßig behandelt. Nur diesem Umstand ist es zu verdanken, daß eine Anzahl Konfirmanden bereits Ostern 1930 mit relativ gutem Gebiß die Schule verlassen konnte und auch in zahnhygienischer Hinsicht auf sie eingewirkt werden konnte. Diese Methode wurde im folgenden beibehalten, obgleich sie eine Mehrbelastung des Bezirksschulzahnarztes darstellt.

Die Hauptaufgabe im ersten Behandlungsjahr bestand darin, einmal sämtliche Kinder zu erfassen und durchzumustern, damit ein Überblick über die Behandlungsdürftigkeit vorhanden war. Zudem mußte mit den Teilnehmern an der Schulzahnpflege erst die richtige Fühlung genommen werden. Die Eltern mußten über Zweck und Sinn dieser neuen Einrichtung unterrichtet werden. Denn sie sind es, von denen letzten Endes das Gelingen der Schulzahnpflege abhängig ist. Durch ihre Einwilligung kann erst eine Behandlung vorgenommen werden. Eine genügende Aufklärung mußte dafür sorgen, daß auch die Schüler selber willig sind, zur Behandlung zu erscheinen. Zu diesem Zweck sollten geeignete Filme angeschafft werden, die den Wert und die Wichtigkeit einer sachgemäßen Zahnpflege zeigen. Vor und während des Films können erklärende Worte gegeben werden. Durch diese Werbung wird eine viel bessere Wirkung erzielt, als durch meist die Kinder langweilende Vorträge.

Daß die Aufklärungsarbeit Erfolg hatte, beweist das zweite Behandlungsjahr. War es im Vorjahr noch ein ziemlich hoher

Prozentsatz der Elternschaft, der seine Einwilligung zur Behandlung nicht gab, so betrug die Zahl in diesem Jahr nur noch 12,5%, um dann später auf 4% zu sinken.

Im Laufe der Behandlungszeit hat sich herausgestellt, daß eine große Anzahl Wurzelbehandlungen notwendig waren. Will man einen bleibenden Sanierungserfoolg sichern, so müssen diese auf ein Mindestmaß herabgedrückt werden. Sonst kann sich die Behandlungsnotwendigkeit nicht verringern, weil für die große Anzahl Wurzelbehandlungen erheblich viel mehr Zeit aufgewendet werden muß, als für einfache Füllungen. Hieraus spricht die Forderung, niemals einen im Sanierungsplan aufgenommenen Jahrgang wieder sich selbst zu überlassen. Andererseits wäre es unverantwortlich, wenn jeder Zahn, der eine Wurzelbehandlung nötig hätte, einfach extrahiert werden würde. Sind doch gerade die ersten bleibenden Zähne für die Entwicklung des Kiefers von größtem Wert. Deswegen muß diesen Zähnen größte Sorgfalt zugewendet werden.

Eine dauernde Kontrolle bringt es mit sich, daß größere Behandlungen wie Wurzelbehandlung nicht mehr die Hauptarbeit erfordern. Dadurch wird mehr Zeit gewonnen. Ist der Zeiterfolg groß genug, so kann man den erforderlichen Dauererfolg erzielen. Es können mehr einfache Füllungen gemacht werden, wodurch sich der Leistungsstandard erheblich verbessert.

Im Behandlungsjahr 1932 sollte die hiesige Schulzahnpflege mehr als einmal der Auflösung verfallen. Auch hierin zeigt sich, wie in der damaligen Zeit am falschen Punkte gespart werden sollte. Alles bisher Aufgebaute sollte sich selbst überlassen werden. Damit würden alle bisher erzielten Erfolge illusorisch werden. Während dieser Zeit war der hiesige Schulzahnarzt, Dr. Zinke, aufopfernd tätig. Verwaltete er doch einen Bezirk, für den zwei Zahnärzte nötig wären. Ihm ist es zu danken, daß trotzdem auch im Jahre 1932/33 die Leistungen der Schulzahnpflege erfolgsmäßig fortgesetzt werden konnten. Zum Teil konnten in diesem Jahre schon alle acht Jahrgänge in die Schulzahnpflege einbezogen werden. Deswegen war ein Ansteigen der Behandlungsbedürftigkeit auf 42,6% feststellbar. Es wäre falsch zu glauben, daß eine Verschlechterung der Gebisse eingetreten sei. Es ist so, daß manche Gebisse in einem derartigen Zustand sind, daß während einer Behandlungsperiode nicht alles erledigt werden kann. Zum anderen sind hier die Fälle zu finden, die zur Extraktion vorgemerkt sind.

Mit dem Jahre 1933/34 war nun der Aufbau der Schulzahnpflege zum großen Teil beendet. Vom neuen Schuljahr an gab es deswegen keine außerplanmäßigen Jahrgänge mehr. Wie soll nun die Versorgung und Betreuung der Kinder geschehen, wenn bei einer Zahl von zwölftausend nur eine Kraft zur Verfügung steht? Die mindeste Forderung besteht darin, daß jedes Kind wenigstens einmal im Jahr an einer Behandlungsperiode teil-

Die Leistungen der Schulzahnpflege in der Amtshauptmannschaft Grimma

Jahr	Anz. der behandelten Kinder	Gesamtzahl der Sitzung.	Knaben		Mädchen		Beratungen	op. Eingriffe	Wund- und Nachbehandlung	Mundkrankheiten	Zahnreinigungen	Extraktion von		Anaesthesie		Füllungen						Saniert
			plan.	a. plan.	plan.	a. plan.						Milchzähnen	Dauerzähnen	Lokal	Leitung	Einlagen: Arsen	Einlagen: medikamentöse	Silberamalgam	Zement od. Guttapercha	Silikat-	Wurzel-	
1929/30	1257	2663	767	378	910	608	195	5	12	165	14	245	67	22	45	548	508	761	173	111	435	160
1930/31	2358	6290	2081	761	2555	893	321	—	13	277	17	508	209	84	141	1297	1183	1920	138	193	1039	400
1931/32	3295	8910	2664	1140	3531	1575	403	3	30	339	14	936	236	68	174	1573	1538	3103	116	459	1315	585
1922/33	3553	10211	3447	1111	4047	1606	315	—	26	287	13	757	166	67	115	1607	1598	4441	308	639	1273	807
1933/34	2971	7065	2244	446	3873	502	392	—	9	332	20	525	89	44	58	1447	1494	3081	490	522	1250	1692
1934/35	2557	7824	3589	—	4235	—	356	—	28	412	27	583	83	114	59	1546	1609	2360	619	617	1193	1348
1935/36	2572	8902	3902	—	5000	—	438	—	65	433	68	760	94	116	62	1219	1348	3407	446	679	1031	1553

nimmt. Deswegen wurde so vorgegangen, daß in den kleineren Landschulen alle acht Jahrgänge berücksichtig wurden, während in den größeren Stadtschulen in einem zwei- oder mehrjährigem Turnus gearbeitet wird. Dies besagt, daß in erster Linie die achten Jahrgänge herangezogen werden und daneben die jeweils in der Behandlung am weitesten zurückliegenden Jahrgänge. Das ist den Umständen entsprechend einigermaßen durchführbar, da ja in den Städten regelmäßig Sprechstunden abgehalten werden, also immer eine Möglichkeit zur Behandlung gegeben ist.

Das Jahr 1934/35 brachte eine Neuerung, weil für die Behandlung derjenigen Kinder, deren Eltern keiner Krankenkasse angehören, ein Beitrag erhoben wurde. Das war ein Risiko, weil die Eltern der Kinder ihrem sozialen Verhältnis nach nicht immer so gestellt sind, daß sie der Notwendigkeit einer frühen Zahnbehandlung auch wirtschaftliche Opfer bringen. Trotzdem wurde die Leistung der Beiträge als Selbstverständlichkeit hingenommen. Im Behandlungsfalle wird pro Füllung 2,— RM. berechnet.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Untersuchungsergebnisse der Jahre 1930 bis 1936 entsprechend der Einteilung nach dem auf Seite 12 erläuterten Gruppensystem.

	I.	II.	III.
1930/31	725 = 14 %	2953 = 53 %	1768 = 35 %
1931/32	1018 = 13 %	3864 = 49,4%	2346 = 37,6%
1932/33	1274 = 14,5%	3773 = 42,9%	3745 = 42,6%
1933/34	1633 = 23,5%	2916 = 41,8%	2419 = 34,7%
1934/35	1915 = 25,6%	3104 = 41,3%	2470 = 33,1%
1935/36	1631 = 25,8%	2408 = 38 %	2293 = 36,2%

Aus dieser Übersicht kann man den Vorteil einer planmäßigen Schulzahnpflege ersehen. Eine Besserung des Gebißzustandes macht sich bemerkbar. Das zeigt sich besonders bei Gruppe I. Hier könnte ein noch weit besseres Ergebnis erzielt werden, wenn die nötige Zeit vorhanden wäre. Der Erfolg resultiert daraus, daß eine Anzahl Milchzähne als wichtige Faktoren für den Zahnwechsel und zur Vermeidung von Stellungsanomalien mit Füllungen versehen wurden.

Der Prozentsatz der Gruppe II wird wohl immer ungefähr der gleiche bleiben. Das rührt daher, daß 60 bis 65 Prozent der Lernanfänger bereits mit kariösen Milchzähnen in die Schule eintreten. Von diesen Zähnen ist der größte Teil schon so weit zerstört, daß Füllungen nicht mehr lohnen.

Es ist anzunehmen, daß die Zahl von 36 Prozent behandlungsbedürftiger Kinder ungefähr konstant bleiben wird. Sie

entspricht einem natürlichen Bedürfnis an Zahnbehandlung. Aber auch hier ist eine wesentliche Besserung in dem Sinne eingetreten, daß die Zahl der Wurzelbehandlung erheblich zurückgegangen ist.

Ein interessanter Vergleich ist es, einmal festzustellen, ob die Untersuchungsbefunde in der Stadt besser sind als auf dem Lande. Man müßte doch annehmen, daß in den Städten ein höherer Kulturstandpunkt vorhanden sei. Trotzdem liegt der Durchschnitt der Behandlungsbedürftigen auf dem Lande bei 31,7%, also 3% unter dem allgemeinen Durchschnitt, während er in den Städten 43,2% beträgt, also 8,5% über dem Gesamtdurchschnitt. Den schlechtesten Durchschnitt weist die Stadt Grimma mit 48,8% behandlungsbedürftigen Kindern den besten Mutzschen mit 27,4% auf. (Der Vergleich wurde 1933/34 aufgestellt.)

Durch die größere Behandlungsbedürftigkeit der Stadtkinder ist auch der Sanierungserfolg in der Stadt entsprechend geringer. Dies veranschaulicht am besten die im Anhang folgende graphische Darstellung I, die das Verhältnis der stattgefundenen Sitzungen zu der Zahl der sanierten Kinder in Stadt und Land aufzeigt.

Woran liegt das nun? Bei der Stadt Grimma selbst ist es so, daß die Kinder in der Zentralklinik behandelt werden müssen. Zum Teil ist die Lehrerschaft schuld, die sehr ungern ein Kind während des Unterrichtes auch nur für einige Augenblicke freiläßt, zum größten Teil liegt es an der Unpünktlichkeit und Bummelei der Kinder selbst. Alles das sind die Unzulänglichkeiten einer Klinikmethode. Demgegenüber liegt der Vorteil des ambulanten Systems. Hier wird die Schulzahnpflege zu den Kindern hingetragen, die Behandlung erfolgt während des Unterrichtes, und damit ist die restlose Erfassung der Kinder sichergestellt.

Aufzeichnung II soll eine Übersicht geben über das Verhältnis von Füllung zu Wurzelfüllung. Das Ziel ist hier, die Notwendigkeit einer Wurzelbehandlung auf das geringstmöglichste Maß zu drücken.

Man findet noch große Schwankungen, wenngleich nicht übersehen werden darf, daß gegenüber dem Jahre 1929/30 im Jahre 1935/36 eine 18,7proz. Aufbesserung zu verzeichnen ist.

Darstellung III soll das Verhältnis von Füllungen zu einerseits der Extraktion von Milchzähnen und andererseits zu der Extraktion von Dauerzähnen aufzeigen. Daraus ist ersichtlich, daß verhältnismäßig wenig Extraktionen vorgenommen werden. Es herrscht hier der Grundsatz, daß zunächst alle reparierbaren Schäden im Gebiß beseitigt werden.

Von besonderer Bedeutung für die Entwicklung des Kiefers und Gebisses ist der Sechsjahrmolar. Unter allen Umständen muß seine Erhaltung angestrebt werden. Leider befindet er sich bereits beim Schulanfänger in derartigem Zustande, daß eine

konservative Maßnahme keinen Erfolg mehr versprechen würde. Besteht keine akute Infektionsgefahr, so verstößt sein Verbleiben auch in zerstörtem Zustande keineswegs gegen die Gesetze der Hygiene. Würde er extrahiert werden, wäre Stellungsunregelmäßigkeit die Folge.

Die Zähne besitzen eine gewisse Eigenbewegung, sie arbeiten gegeneinander. Dadurch stützen sie sich gegenseitig und bewahren so ihre Stellung im Kiefer. Wird nun eine Lücke gesetzt, so zeigen die Nachbarzähne das Bestreben, in diese hineinzuwachsen.

Tabelle IV soll nun beweisen, wie nachteilig sich der Mangel genügender Aufklärung auswirkt.

Gezeichnet ist einmal das Verhältnis: Anzahl der behandelten Kinder zu Mundkrankheiten, zum anderen Anzahl der behandelten Kinder zu Zahnreinigungen.

Ausgehend von dem Standpunkt, daß eine Zahnreinigung zum größten Teil durch eine mangelhafte Zahnpflege bedingt ist, und daß Zahnsteinansatz wieder Mundkrankheiten hervorrufen kann, so kann nicht oft genug auf eine genügende Pflege der Zähne hingewiesen werden. Die Lehrer müssen in diesem Sinne auf die Schüler einwirken. Jedoch auch die Eltern sollten genügend unterrichtet werden, denn sie sind es ja, die die Kinder zu geregelter Zahnpflege anhalten müssen.

Die letzte Kurve soll veranschaulichen, wie günstig sich eine planmäßige Schulzahnpflege auswirkt.

Der Erfolg der hiesigen Schulzahnpflege ist unbestreitbar und es ist zu hoffen, daß sich die Leistungen noch erheblich steigern werden. Dies kann und wird erst eintreten, wenn die Reichsschulzahnpflege gesetzlich eingeführt wird.

Wünschenswert wäre es, wenn als Träger der Schulzahnpflege die Staatliche Gesundheitsbehörde eingesetzt würde und nicht irgend eine Verwaltungsbehörde, die zwar den gesundheitlichen Wert einer solchen Einrichtung erkennt, aber trotzdem immer bestrebt bleibt, möglichst wenig Mittel dafür auszugeben.

Die Schulzahnpflege bedarf der Ergänzung durch prophylaktisch hygienische Maßnahmen.

K i e n t o p f fordert mit Recht die Herstellung einer V o l k s z a h n b ü r s t e; denn jede Aufklärung ist zwecklos, „wenn dem Volke nicht gleichzeitig das für die Eigenpflege der Zähne erforderliche Handwerkszeug zur Verfügung gestellt wird". Der Preis für diese Einheitszahnbürste muß so niedrig gestaltet werden, daß er für jeden Volksgenossen erschwinglich ist.

Die Forderung nach einer systematischen Zahnpflege v o r dem 6. Lebensjahre ist schwer zu erfüllen, weil diese Altersgruppen in keiner Organisation zusammengefaßt sind. Dagegen ließe sich durch allgemein hygienische Maßnahmen manches

erreichen. Zu diesen gehört die erzieherische Unterbindung von Mundatmung, Daumenlutschen, Nüsseknacken usw. Hier müssen alle Stellen zusammenarbeiten, um bei der Bevölkerung das Verständnis für sozialhygienische und besonders auch ernährungsphysiologische Maßnahmen zu erwecken. Ferner ist größter Wert auf eine sorgfältige Rachitisprophylaxe zu legen.

Das Beispiel der Schulzahnpflege in Grimma zeigt erneut, wie wichtig der Erlaß eines Schulzahnpflegegesetzes wäre, das, fußend auf den örtlichen Erfahrungen, wie sie allenthalben, so auch in dieser Arbeit gesammelt wurden, sich segensreich auswirken würde zum Wohle und zur Gesunderhaltung des ganzen deutschen Volkes.

Literatur-Verzeichnis.

Akten: Akten des Bezirksverbandes der Amtshauptmannschaft Grimma.

Hopstein: Die Bedeutung der sozialen Zahnheilkunde im nationalsozialistischen Staate.

Kientopf: Entwicklung und Aufgaben der Schulzahnpflege. Sonderdruck aus: Fortschritte der Gesundheitsfürsorge. Jahrg. VIII, Nr. 8. 1934.

— Schulzahnpflege. Zeitschrift des Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen. Sonderabdruck: Propaganda 1934.

Merkle: Die Schulzahnpflege und ihre Bedeutung für die Jugend im Hinblick auf die Verhinderung von Stellungsanomalien.

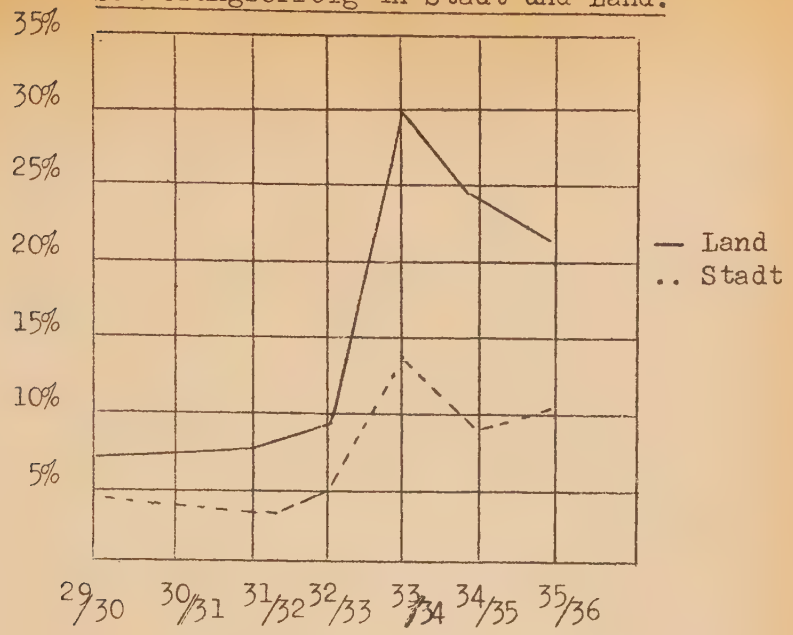
Müller: Organisation und Durchführung der Schulzahnpflege im Bereiche des Bezirksverbandes der Amtshauptmannschaft Dresden.

Schrickel: Nationalsozialismus und Schulzahnpflege. Beilage zu „Zahnärztliche Mitteilungen 1933"; Nr. 21.

Wagner: Die volkswirtschaftliche Bedeutung einer planmäßigen Schulzahnpflege. Zahnärztliche Mitteilungen 1933, Nr. 21.

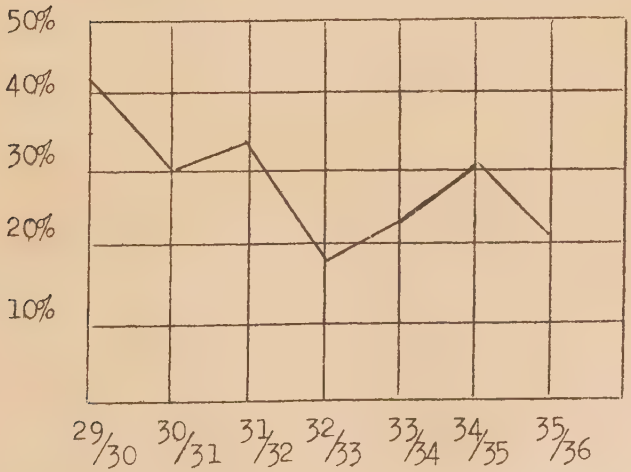
Kurventabelle I.

Sanierungserfolg in Stadt und Land.



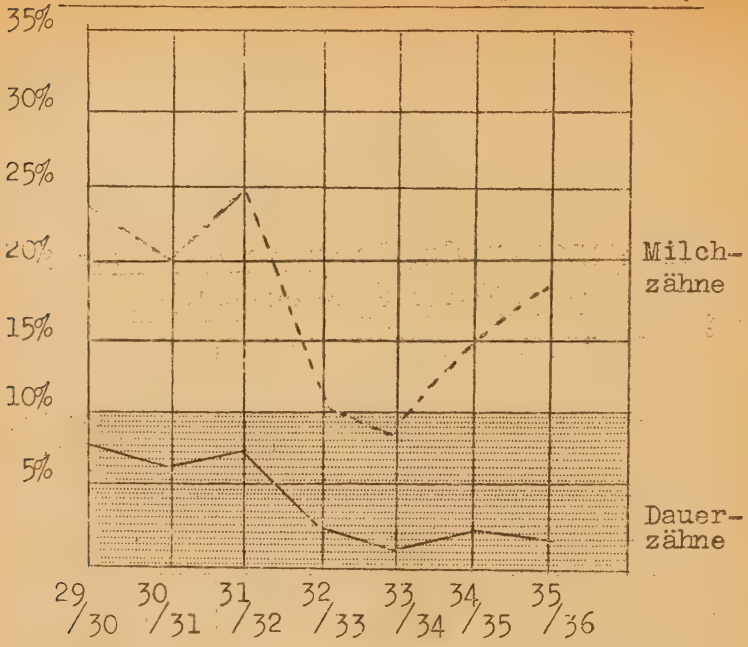
Kurventabelle II.

Reduzierung der Wurzelfüllungen.



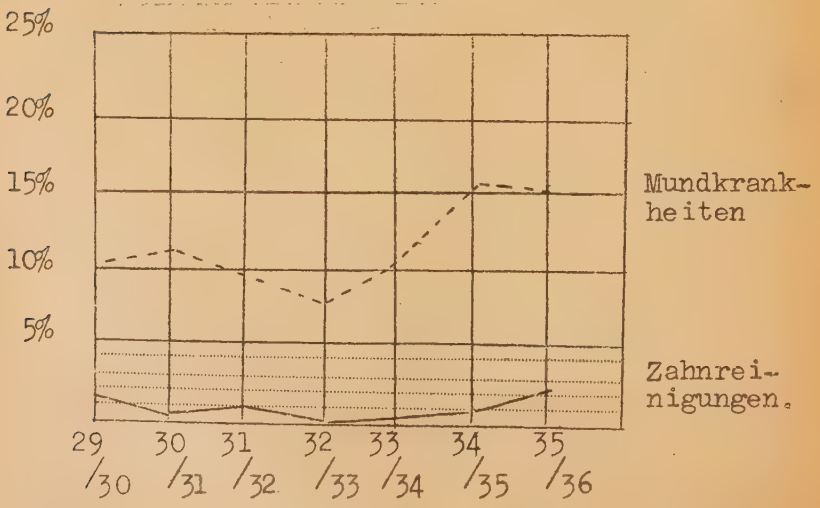
Kurventabelle III.

Extraktionen von Milch-und Dauerzähnen.



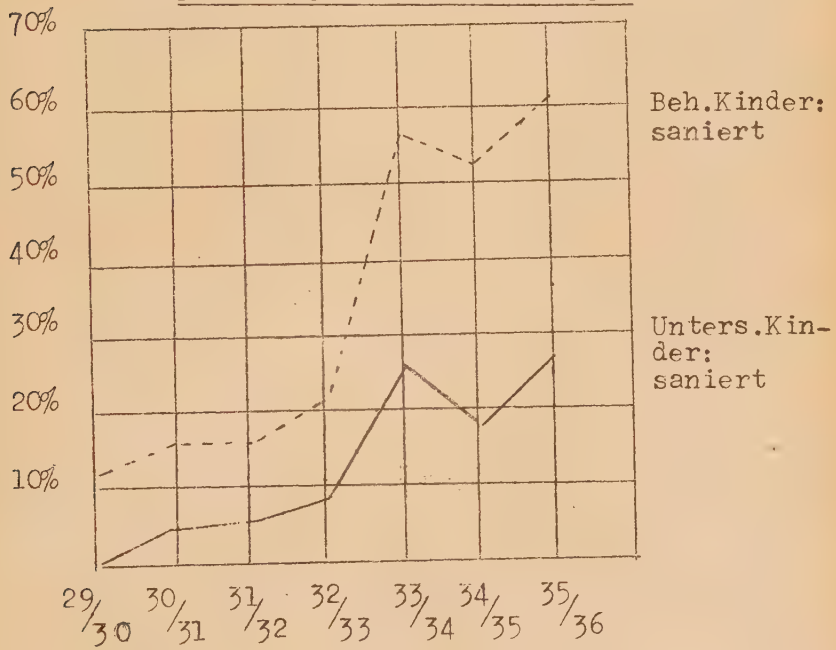
Kurventabelle IV.

Anwachsen der Mundkrankheiten.



Kurventabelle V.

Sanierungserfolg als Auswirkung einer planmäßigen Schulzahnpflege.



Treben
Böhlitz
Thallwitz
Wasewitz
Lossa
Cossen
Canitz
Klein-
Zschopa
Groß-
Hohburg
Thammenhain
Voigtshain
Müglenz
Falkenhain
Frauwalde
Püchau
Plagwitz
Cübschütz
Dögnitz
Nischwitz
Süptitz
Wotzschwitz
Zschorna
Heyda
Bortewitz
Wurzen
Kühnitzsch
Börln
Dornreichenbach
Kölitz
Knaulewitz
Meltewitz
Gerichshain
Machern
Deuben
Bennewitz
Altenbach
Dehnitz
Trebelshain
Borsdorf
Zeititz
Schmölen
Nemt
Kühren
Brandis
Leulitz
Mühlbach
Streuben
Zwoenfurth
Cämmerei
Beucha
Burkhartshain
Wolfshain
Polenz
Pausitz
Oelschütz
Wöldchen
Kleinsteinberg
Bach
Pyrna
Kleinpößna
Nitzschka
Sachsendorf
Albrechtshain
Rothersdorf
Fremdiswalde
Eicha
Ammelshain
Walzig
Seifertshain
Trebsen
Neichen
Erdmannshain
Altenhain
Zebda
Gornewitz
Denkwitz
Fuchshain
Staudnitz
Pauschwitz
Gonnewitz
Klinga
Seelingstädt
Poda
Naunhof
Wednig

Schulorte, zum Schulbezirk vereinigte Orte sind durch Striche verbunden.

Lebenslauf.

Am 6. Januar 1912 wurde ich als Sohn des Justiz-Oberinspektors Robert Haberland und dessen Ehefrau geb. Goetz in Namslau in Schlesien geboren. Nach Besuch der Volksschule in Oels trat ich in das dortige humanistische Gymnasium ein. Im Frühjahr 1932 bestand ich die Reifeprüfung. Dann widmete ich mich dem Studium der Zahnheilkunde. Zunächst studierte ich in Rostock, wo ich Ende des Sommersemesters 1933 das zahnärztliche Vorexamen ablegte. Nachdem ich zwei Semester in Breslau studiert hatte, bezog ich die Universität Marburg. Hier bestand ich Ende des Sommersemesters 1935 das Staatsexamen. Am 29. November 1935 erhielt ich meine Approbation als Zahnarzt.

Meine akademischen Lehrer waren die Professoren und Dozenten:

in Rostock: Elze, Füchtbauer, Fröhlich, von Hayek, Hertwig, Schlampp, Wachholder, Walden.

in Breslau: Euler, Greve, Hesse, Hübner, Mathias, Severin.

in Marburg: Baumann, Elbrecht, Fliege, Kestermann, Kunzendorf, Pfannenstiel, von Reckow, Rix, Ruete.